



Bibliographie des check list

Virginie POLI

Référent performance ARS Corse



CONTEXTE

Cette année, au terme du processus d'élaboration du **PRS**, les nouveaux **CPOM** devront constituer pour 5 ans, un levier pour la transformation de l'offre de soins territoriale et l'amélioration de la performance des établissements :

- les établissements de **santé et tous les titulaires d'autorisation d'activité de soins ou d'équipement matériel lourd**, pour lesquels les CPOM sont obligatoires,
- les autres services de santé (**réseaux, centres, maisons de santé**) pour lesquels le CPOM est obligatoire s'il existe un financement de l'ARS,
- les établissements **médico-sociaux** qui ont décidé de signer un CPOM, le contrat n'étant obligatoire qu'à partir d'un seuil qui n'a pour l'heure pas été fixé.

CONTEXTE

Il est préconisé de retenir une structuration en 3 parties distinctes :

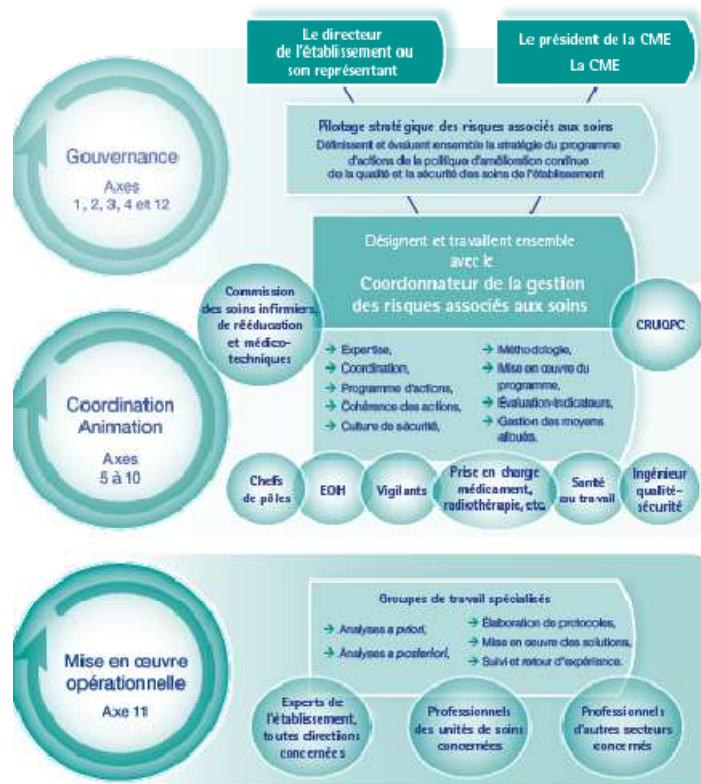
— - **le socle contractuel**

— - **les annexes sur les orientations stratégiques** (Orientations stratégiques au regard du PRS - Développer les coopérations territoriales - **Améliorer la qualité et la sécurité des soins** - Développer la chirurgie ambulatoire - Faire progresser le pilotage interne de l'établissement - Optimiser la politique des ressources humaines)

- **les annexes sur les autorisations et pilotage de l'activité** (Autorisations et indicateurs de pilotage de l'activité - Financement - Missions de service public - Reconnaissances contractuelles)



GESTION DES RISQUES ASSOCIES AUX SOINS



EVALUER

Axe 1. Effectuer le bilan de l'existant (*fiches 5 à 8*)

Axe 2. Définir une politique de Qualité-Sécurité des soins et la décliner en programme d'actions (*fiches 1 à 4, 9 et 10*)

Axe 3. Définir, adapter ou mettre en place les structures pour le pilotage, la coordination, l'analyse et le traitement des risques (*fiches 11 à 13*)

ELABORER LES ACTIONS

 **Axe 4 . Développer la culture de sécurité et les pratiques de management associées (*fiches 7, 8, 28 et 29 Check list*)**

 **Axe 5. Obtenir un consensus pour le partage de méthodes et outils validés (*fiches 4, 9, 14 à 30*)**

 **Axe 6. Définir le système d'information des risques associés aux soins (fiches 11 et 31)**



METTRE EN OEUVRE

— Axe 7. Rendre lisible le dispositif de gestion des risques
(*fiches 11 et 12*)

— Axe 8. Organiser l'accompagnement des professionnels
(groupes de travail, équipes de soins) (*fiches 12 et 32*)

— Axe 9. Tracer les éléments d'identification des risques et
les actions d'amélioration menées (*fiches 10, 20 et 30*)



ANALYSER

 **Axe 10. Alerter l'instance de pilotage des risques sur des valeurs de risques jugées inacceptables**









Axe 11 : Conduire les démarches préventives et correctives d'analyse et de réduction des risques
(fiches 19 à 30 et 33)

Axe 12. Suivre la mise en œuvre du programme d'actions et évaluer les résultats *(fiches 10 et 14)*



QU'EST CE QUE LA CHECK LIST ?

— Selon l'OMS, 234 millions d'interventions chirurgicales sont réalisées chaque année dans le monde.

— Dans les pays industrialisés, la mortalité en lien avec la chirurgie serait de 0.4 à 0.8% et le taux de complications postopératoires graves serait de 3 à 16% – la moitié de ces complications sont considérées comme évitables.

C'est pourquoi, l'OMS a lancé le programme "Safe Surgery Saves lives" (La chirurgie sûre sauve des vies) visant à réduire les taux de complications et de décès postopératoires.



QU'EST CE QUE LA CHECK LIST ?

Afin d'implanter ce programme l'OMS a choisi un outil simple, facile à mettre en œuvre et peu onéreux : une check-list qui supporte les différents standards sécurité devant être vérifiés avant, pendant et après toute intervention chirurgicale.

Cette check-list est également efficace : une étude réalisée selon un protocole avant-après, sur près de 8 000 patients dans 8 pays sur une période courte (moins d'un an) a permis de conclure à l'amélioration des résultats chirurgicaux grâce à l'implantation de cette check-list.



QU'EST CE QUE LA CHECK LIST ?

Confortée par ces résultats, la HAS a souhaité promouvoir l'utilisation d'une check-list type OMS, adaptée au contexte français dès 2010. Les objectifs de la check-list sont :

- d'améliorer la sécurité au bloc opératoire et réduire les erreurs chirurgicales en intégrant dans les pratiques quotidiennes des équipes chirurgicales, la vérification croisée de différents points critiques de sécurité ;
- de renforcer, d'améliorer la communication et le partage des informations au sein des équipes travaillant au bloc opératoire.



Identification du patient
Etiquette du patient ou
Nom, prénom, date de naissance

CHECK-LIST

« SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »

Version 2011 - 01



Identité visuelle
de l'établissement

Bloc : _____ Salle : _____

Date d'intervention : _____ Heure (début) : _____

Chirurgien « intervenant » : _____

Anesthésiste « intervenant » : _____

Coordonnateur(s) check-list : _____

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE

Temps de pause avant anesthésie

- 1 L'identité du patient est correcte : ☐ Oui ☐ Non *
- 2 L'intervention et site opératoire sont confirmés :
 - idéalement par le patient et dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique ☐ Oui ☐ Non *
 - la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle ☐ Oui ☐ Non *
- 3 Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site / intervention et non dangereux pour le patient ☐ Oui ☐ Non *
- 4 La préparation cutanée de l'opéré est documentée dans la fiche de liaison service / bloc opératoire (ou autre procédure en œuvre dans l'établissement) ☐ Oui ☐ N/A ☐ Non *
- 5 L'équipement / matériel nécessaire pour l'intervention est vérifié et ne présente pas de dysfonctionnements
 - pour la partie chirurgicale ☐ Oui ☐ Non *
 - pour la partie anesthésique ☐ Oui ☐ Non *
 - Acte sans prise en charge anesthésique ☐ N/A
- 6 Vérification croisée par l'équipe de points critiques et mise en œuvre des mesures adéquates :
Le patient présente-t-il un :
 - risque allergique ☐ Non ☐ Oui **
 - risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque ☐ Non ☐ Oui **
 - risque de saignement important ☐ Non ☐ Oui **

AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE

Temps de pause avant incision

- 7 Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe, en présence des chirurgien(s) – anesthésiste(s) / IADE – IBODE / IDE
 - identité patient confirmée ☐ Oui ☐ Non *
 - intervention prévue confirmée ☐ Oui ☐ Non *
 - site opératoire confirmé ☐ Oui ☐ Non *
 - installation correcte confirmée ☐ Oui ☐ Non *
 - documents nécessaires disponibles (notamment imagerie) ☐ Oui ☐ Non *
 - ☐ N/A
 - 8 Partage des informations essentielles, oralement au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention (Time out)
 - sur le plan chirurgical (temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, identification des matériels nécessaires, confirmation de leur opérationnalité, etc.) ☐ Oui ☐ Non *
 - sur le plan anesthésique (Acte sans prise en charge anesthésique ☐ N/A) (risques potentiels liés au terrain ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.) ☐ Oui ☐ Non *
 - 9 L'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement ☐ Oui ☐ N/A ☐ Non *
 - La préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement ☐ Oui ☐ N/A ☐ Non *
- N/A : quand le critère est Non Applicable pour cette intervention
N/R : quand le critère est Non Recommandé pour cette intervention

APRÈS INTERVENTION

Pause avant sortie de salle d'opération

- 10 Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe :
 - de l'intervention enregistrée, ☐ Oui ☐ Non *
 - du compte final correct des compresses, aiguilles, instruments, etc. ☐ Oui ☐ Non *
 - de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc. ☐ Oui ☐ Non *
 - si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement / déclaration ? ☐ Oui ☐ Non *
 - Si aucun événement indésirable n'est survenu pendant l'intervention, cochez N/A
 - 11 Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe entre les équipes chirurgicale et anesthésiste ☐ Oui ☐ Non *
- DÉCISION CONCERTÉE EN CAS DE NON-CONFORMITÉ OU DE RÉPONSE MARQUÉE D'UNE ***
- SELON PROCÉDURE EN VIGUEUR DANS L'ÉTABLISSEMENT
- Attestation que la check-list a été renseignée suite à un partage des informations entre les membres de l'équipe
- Chirurgien Anesthésiste / IADE Coordonnateur CL

LE RÔLE DU COORDONNATEUR CHECK-LIST, SOUS LA RESPONSABILITÉ DU (DES) CHIRURGIEN(S) ET ANESTHÉSISTE(S) RESPONSABLES DE L'INTERVENTION, EST DE NE COCHER LES ITEMS DE LA CHECK-LIST QUE

(1) SI LA VÉRIFICATION A BIEN ÉTÉ EFFECTUÉE, (2) SI ELLE A ÉTÉ FAITE ORALEMENT EN PRÉSENCE DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE CONCERNÉS ET

(3) SI LES NON-CONFORMITÉS (MARQUÉES D'UNE *) ONT FAIT L'OBJET D'UNE CONCERTATION EN ÉQUIPE ET D'UNE DÉCISION QUI DOIT LE CAS ÉCHÉANT ÊTRE RAPPORTÉE DANS L'ENCART SPÉCIFIQUE.

Identification du patient
Étiquette du patient ou
Nom, prénom, date de naissance

CHECK-LIST

« SÉCURITÉ DU PATIENT EN ENDOSCOPIE DIGESTIVE »

Établissement : _____
Date endoscopie : _____ Heure (début) : _____
Gastro-entérologue : _____
Anesthésiste / IADE : _____
Coordonnateur check-list : _____

Le coordonnateur check-list est celui qui en vérifie les items - le plus souvent, un personnel infirmier en coordination avec le gastro-entérologue et l'anesthésiste responsables de l'intervention.

AVANT L'ENDOSCOPIE (avec ou sans anesthésie)

- | | |
|--|--|
| 1 Identité du patient : <ul style="list-style-type: none">le patient a déclaré son nom, sinon, par défaut, autre moyen de vérification de son identité ☐ Oui ☐ Non | 5 Patient à jeun
☐ Oui ☐ Non |
| 2 Le type de l'endoscopie est confirmé par le patient et dans tous les cas par le dossier
☐ Oui ☐ Non | 6 La préparation adéquate (coloscopie, gastrostomie) a été mise en œuvre
☐ Oui ☐ Non ☐ NA |
| 3 Le matériel nécessaire pour l'intervention est opérationnel : <ul style="list-style-type: none">pour la partie endoscopiquepour la partie anesthésique ☐ Oui ☐ Non ☐ N/A | 7 Vérification croisée de situations spécifiques entre les membres de l'équipe médico-soignante concernant notamment la gestion des antiagrégants plaquettaires et/ou des anticoagulants
☐ Oui ☐ Non ☐ NA |
| 4 Vérification croisée par l'équipe de points critiques et des mesures adéquates à prendre : <ul style="list-style-type: none">allergie du patientrisque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masquerisque de saignement important ☐ Oui ☐ Non | 8 Antibiotrophylaxie effectuée
☐ Oui ☐ Non ☐ NA |

APRÈS L'ENDOSCOPIE

- 9** Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc.
☐ Oui ☐ Non ☐ N/A
- 10** Les prescriptions pour les suites immédiates de l'endoscopie sont faites de manière conjointe
☐ Oui ☐ Non

En cas d'écart avec la check-list, préciser la décision choisie

IDENTIFICATION DU PATIENT Etiquette ou Nom, prénom, date de naissance	CHECK-LIST « SECURITE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE BRONCHIQUE »		Etablissement
			Date endoscopie Pneumologue Anesthésiste / IADE Coordonateur Check-list
<i>Le <u>coordonnateur check-list</u> est celui qui en vérifie les items - le plus souvent, un personnel infirmier en coordination avec le pneumologue et l'anesthésiste responsables de l'intervention</i>			
AVANT L'ENDOSCOPIE (avec ou sans anesthésie)		APRES L'ENDOSCOPIE	
1- Identité du patient Le patient a déclaré son identité Sinon, <i>par défaut</i> , autre moyen de vérification de son identité	☐ oui ☐ non	4- Vérification croisée par l'équipe des points critiques et des mesures adéquates à prendre - allergie du patient - risque de saignement important	☐ oui ☐ non ☐ oui ☐ non
2- Le matériel nécessaire pour l'intervention est opérationnel - pour la partie endoscopique - pour la partie anesthésique	☐ oui ☐ non ☐ oui ☐ non ☐ NA	5- Vérification croisée de situations spécifiques entre les membres de l'équipe médico-soignante concernant notamment - la gestion des antiagrégants plaquettaires et/ou des anticoagulants	☐ oui ☐ non ☐ NA
3 - Patient à jeun	☐ oui ☐ non		6 - Confirmation orale par le personnel après de l'équipe - de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc ...
			☐ oui ☐ non ☐ NA
		7 - Les prescriptions pour les suites immédiates de l'endoscopie sont faites de manière conjointe	
		☐ oui ☐ non	
		En cas d'écart avec la check list, précisez la décision choisie	

Identification du patient
*Étiquette du patient ou
 Nom, prénom, date de naissance*

CHECK-LIST

« POSE D'UN CATHETER VEINEUX CENTRAL (CVC) OU AUTRE DISPOSITIF VASCULAIRE (DV) »



Identité visuelle
 de l'établissement

Date : _____ Lieu et mise en place : _____ _____ URGENCE ☐ Oui ☐ Non	OPÉRATEUR Nom : _____ Si junior, encadré par : _____ Check-list renseignée par : _____	TYPE DE MATÉRIEL CVC ☐ CVC bioactif ☐ CVC tunnéisé ☐ Chambre implantable ☐ CVC Dialyse ☐ Autres (PICC, etc.) ☐	VOIE D'ABORD VASCULAIRE <i>Autres renseignements utiles</i>
---	--	--	---

AVANT LA MISE EN PLACE	PENDANT LA MISE EN PLACE	APRÈS LA MISE EN PLACE
■ Identité du patient vérifiée ☐ Oui ☐ Non ■ Patient / famille informé ☐ Oui ☐ Non ■ ÉVALUATION DES RISQUES ☐ Oui ☐ Non <i>Risque hémorragique, allergie, contre-indications anatomique ou pathologique</i> ■ Choix argumenté du site d'insertion ☐ Oui ☐ Non ■ Choix concerté du matériel ☐ Oui ☐ Non ■ Préparation cutanée appropriée ☐ Oui ☐ Non ■ Monitoring approprié ☐ Oui ☐ Non ■ Vérification du matériel ☐ Oui ☐ Non <i>Date de péremption, intégrité de l'emballage</i> ■ Échographie ☐ Oui ☐ Non	■ PROCÉDURES D'HYGIÈNE • Dérivon/désinfection avec antiseptique alcoolique ☐ Oui ☐ Non • Conditions d'asepsie chirurgicale ☐ Oui ☐ Non ■ Vérifications per opérateurs des matériels • Mécanique » Solidité des connexions ☐ Oui ☐ Non • Positionnelle » Extrémité du cathéter ☐ Oui ☐ Non • FONCTIONNELLE » Reflux sanguin ☐ Oui ☐ Non » Système perméable ☐ Oui ☐ Non ■ Vérification de la fixation du dispositif ☐ Oui ☐ Non ■ Pose d'un pansement occlusif ☐ Oui ☐ Non ■ Si utilisation différée, fermeture du dispositif • En accord avec la procédure locale ☐ Oui ☐ Non	■ CONTRÔLE CVC / DV • Position du CVC vérifiée ☐ Oui ☐ Non • Recherche de complication ☐ Oui ☐ Non ■ TRAÇABILITÉ / COMPTE RENDU ☐ Oui ☐ Non <i>Matériel, technique, nombre de portions, incident</i> ■ Prescriptions pour le suivi après pose ☐ Oui ☐ Non ■ Documents remis au patient ☐ Oui ☐ Non
COMMENTAIRE <i>(en cas de réponse négative)</i> 		

CETTE CHECK-LIST N'EST PAS EXHAUSTIVE (ET CE D'AUTANT QU'ELLE CONCERNE DIFFÉRENTES SPÉCIALITÉS ET MODES D'UTILISATION DES ABORDS VASCULAIRES CENTRAUX), C'EST POURQUOI TOUTES MODIFICATIONS SONT ENCOURAGÉES POUR S'ADAPTER AUX PRATIQUES SPÉCIFIQUES DE VOTRE SPÉCIALITÉ OU DE VOTRE ÉTABLISSEMENT. NÉANMOINS, SELON L'AVIS DU GROUPE DE TRAVAIL, TOUTE GRILLE COMPORTANT UNE RÉDUCTION OU UN ÉLARGISSEMENT DES CRITÈRES VÉRIFIÉS DEVRAIT COMPORTER TOUTS LES ITEMS EN MAJUSCULES.

GROUPE DE TRAVAIL : HAS ET REPRÉSENTATION DES SOCIÉTÉS SAVANTES ET ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES D'ANESTHÉSIE, RÉANIMATION, CHIRURGIE VASCULAIRE, NÉPHROLOGIE, HÉMATOLOGIE, ONCOLOGIE, NUTRITION PARENTÉRALE, D'INFECTIOLOGIE ET D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE.

Identification du patient
 Etiquette du patient ou
 Nom, prénom, date de naissance

CHECK-LIST « SÉCURITÉ DU PATIENT EN RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE »

Version 2011 - 01



Identité visuelle
 de l'établissement

- Informations au patient ☐ Oui ☐ Non*
- Traçabilité du consentement éclairé ☐ Oui ☐ Non*
- Dossier correspondant au patient ☐ Oui ☐ Non*

UF exécutrice : _____ Salle : _____
 Date d'intervention : _____ Heure (début) : _____
 Radiologues ; médecins opérateurs ; manipulateur(s) d'électroradiologie
 médicale : _____
 Anesthésiste « intervenant » : _____
 Coordonnateur check-list : _____
 Manipulateur responsable : _____

AVANT ANESTHÉSIE OU SÉDATION	
1 L'identité est correcte :	☐ Oui ☐ Non*
2 L'intervention et le site opératoire sont confirmés : • idéalement par le patient et dans tous les cas, par le dossier ou la procédure spécifique • la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle	☐ Oui ☐ Non*
3 Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site intervention et non dangereux pour le patient	☐ Oui ☐ Non*
4 La préparation cutanée de l'opéré est documentée dans la fiche de liaison service	☐ Oui ☐ Non* ☐ N/A
5 L'équipement / matériel nécessaire pour l'intervention est vérifié et ne présente pas de dysfonctionnement • pour la partie interventionnelle • pour la partie anesthésique • pour la partie imagerie	☐ Oui ☐ Non* ☐ Oui ☐ Non* ☐ Oui ☐ Non*
Vérification croisée par l'équipe de points critiques et mise en œuvre des mesures adéquates :	
6 Le patient présente-t-il : • un risque allergique • un risque lié au produit de contraste • une insuffisance rénale • risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque • un risque de saignement important • un risque lié à l'irradiation (grossesse)	☐ Non ☐ Oui* ☐ Non ☐ Oui* ☐ Non ☐ Oui* ☐ Non ☐ Oui* ☐ Non ☐ Oui* ☐ Non ☐ Oui*

AVANT INTERVENTION	
7 Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe en présence des anesthésistes, radiologues et manipulateurs électroradiol. • identité patient confirmée • intervention prévue confirmée • site interventionnel confirmé • installation correcte confirmée • documents nécessaires disponibles • monitoring du patient vérifié	☐ Oui ☐ Non* ☐ Oui ☐ Non* ☐ Oui ☐ Non* ☐ Oui ☐ Non* ☐ Oui ☐ Non* ☐ Oui ☐ Non*
8 Partage des informations essentielles oralement au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention. • sur le plan interventionnel (voie d'abord définie, technique précisée, DMI disponibles, etc.) • sur le plan anesthésique (risques potentiels liés au terrain ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.)	☐ Oui ☐ Non* ☐ Oui ☐ Non* ☐ N/A
9 Prise en compte de situations spécifiques concernant • la gestion des antiagrégants • la gestion des anticoagulants • l'antibioprophylaxie effectuée • la préparation du champ opératoire réalisé selon protocole en vigueur	☐ Oui ☐ Non* ☐ N/A ☐ N/A ☐ Oui ☐ Non* ☐ N/R ☐ Oui ☐ Non* ☐ N/A

N/A : quand le critère est Non Applicable pour cette intervention
 N/R : quand le critère est Non Reconnu pour cette intervention



APRÈS INTERVENTION	
10 Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe : • de l'intervention envisagée • de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc. • des médicaments utilisés • de la quantité de produit contrasté • du recueil de l'irradiation délivrée • de la traçabilité du matériel et DMI • de l'enregistrement des images • de la feuille de liaison remplie • si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement / déclaration ? (Si aucun événement indésirable n'est survenu pendant l'intervention, cochez N/A)	☐ Oui ☐ Non* ☐ Oui ☐ Non* ☐ N/A ☐ Oui ☐ Non* ☐ Oui ☐ Non* ☐ Oui ☐ Non* ☐ Oui ☐ Non* ☐ Oui ☐ Non* ☐ N/A
11 Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe entre les équipes de radiologie et d'anesthésie	☐ Oui ☐ Non*
DÉCISION CONCERTÉE EN CAS DE NON-CONFORMITÉ OU DE RÉPONSE MARQUÉE D'UN *	
<u>SELON PROCÉDURE EN VIGUEUR</u> Attestation que la check-list a été renseignée suite à un partage des informations entre les membres de l'équipe Radiologue Anesthésiste Coordonnateur CL	

LE RÔLE DU COORDONNATEUR CHECK-LIST, SOUS LA RESPONSABILITÉ DU RADIOLOGUE ET DE L'ANESTHÉSISTE RESPONSABLE DE L'INTERVENTION, EST DE NE COCHER LES ITEMS DE LA CHECK-LIST QUE SI (1) LA VÉRIFICATION A BIEN ÉTÉ EFFECTUÉE, (2) SI ELLE A ÉTÉ FAITE ORALEMENT EN PRÉSENCE DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE CONCERNÉE ET (3) SI LES NON CONFORMITÉS (MARQUÉES D'UN *) ONT FAIT L'OBJET D'UNE CONCERTATION EN ÉQUIPE ET D'UNE DÉCISION QUI DOIT LE CAS ÉCHÉANT ÊTRE RAPPORTÉE DANS L'ENCART SPÉCIFIQUE.

CHECK LIST ET CERTIFICATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Pour la **V2010** (critère 26a : "pour chaque intervention chirurgicale, la procédure de vérification de l'acte est mise en œuvre par un membre identifié de l'équipe opératoire"), le fait de constater une utilisation systématique de la check-list dans tous les blocs opératoires le conduira à répondre

Concernant la **V2007**, le critère retenu pour préciser l'utilisation de la check-list est le 32b du manuel de certification des établissements de santé et plus spécialement le 2ème élément d'appréciation "Transmission des différentes informations pertinentes adaptées à la prise en charge du patient en per-opératoire...".

Etablissement	Certification	Surviso
CH de Bastia (V2007 2011)	B	A
CH d'Ajaccio (V1 2005)		A
Clinique du sud de la Corse (V2007 2011)	A	B
Polyclinique du Golfe (V2007 2010)	A	A
Clinisud (V2007 2011)	C	A
Polyclinique Maymard (V2007 2010)	A	A
Polyclinique de Furiani (V2007 2010)	A	E
Clinique St Antoine (V2007 2011)	A	D
Clinique Filippi (2007 2010)	C	C

CHECK LIST ET ACCREDITATION DES MEDECINS

La check-list est intégrée au programme inter-spécialités à double titre :

- dans les recommandations générales : mise en place de la check-list "sécurité du patient au bloc opératoire" ;
- dans les activités d'accompagnement et de surveillance des risques : enquêtes sur la mise en œuvre de la check-list "sécurité du patient au bloc opératoire"



Etablissement	Accréditation des médecins
CH de Bastia (V2007 2011)	3 professionnels
CH d'Ajaccio (V1 2005)	2 professionnels
Clinique du sud de la Corse (V2007 2011)	1 professionnel
Polyclinique du Golfe (V2007 2010)	1 professionnel
Clinisud (V2007 2011)	3 professionnels
Polyclinique Maymard (V2007 2010)	11 professionnels
Polyclinique de Furiani (V2007 2010)	4 professionnels
Clinique St Antoine (V2007 2011)	4 professionnels
Clinique Filippi (2007 2010)	1 professionnel

RETOUR D'EXPERIENCE

— Faisabilité d'une telle procédure en routine qui nécessite de 1 à 4 minutes ;

— Efficacité de la check-list qui a permis de réduire significativement les défauts de communication ;

— Utilité de cet outil notamment en matière d'identification de problèmes éventuels, prises de décision, actions pour le suivi postopératoire ce qui outre la prévention d'erreurs, améliorerait l'efficacité et le flux des interventions et diminueraient les reports et les tensions dans les équipes ;



RETOUR D'EXPERIENCE

- Acceptabilité puisque 92% des professionnels étaient d'accord pour reconnaître que le briefing ainsi réalisé permettait d'identifier et de résoudre
- des problèmes, 88% qu'il aidait à prévenir des
- erreurs. 81% des répondants (il n'y avait pas de
- différences selon la catégorie professionnelle)
- étaient d'accord pour reconnaître son intérêt ;

Coût-efficacité d'un tel outil.



RETOUR D'EXPERIENCE

Les objectifs des check-lists sont :

- stratégie de défense contre les erreurs humaines ;
- aide-mémoires pour la réalisation de tâches ;
- standardisation des tâches pour faciliter la coordination au sein des équipes ;
- moyen de créer et de maintenir une culture sécurité au bloc opératoire ;
- contrôles sécurité par le management de l'établissement ou par les institutionnels.



RETOUR D'EXPERIENCE

Cet outil peut s'intégrer dans la vie au quotidien des blocs opératoires :

- la check-list ne fait que formaliser ce qui de toute façon doit être fait ;
- la charge de travail supplémentaire doit être minime ;
- la perception d'un outil administratif doit être évitée ;
- la check-list n'est pas et ne doit pas être présenté comme l'arme magique pour éviter les erreurs et s'intègrent dans l'amélioration de la qualité avec d'autres programmes comme par exemple le signalement d'événements indésirables et la recherche des causes racines.



POUR UNE MEILLEUR UTILISATION DES CHECK LIST

— Mode d'emploi & Points clés

—
—
— Bonnes pratiques

—
—
—
— Autoévaluation

Information patient

